



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina

Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes de 14 a 18 años en la Unidad Educativa Luis Cordero, Azogues-2019.

Proyecto de investigación
previa a la obtención
del título de Médico

Autoras:

Karla Victoria Muñoz Regalado

CI: 0302399878

Catherine Lizeth Arevalo Alvarado

CI: 0302709092

Director:

Dr. Jonathan Maximiliano Tipán Barros

CI: 0104596226

Asesor:

Dr. Manuel Ismael Morocho Malla

CI: 0103260675

Cuenca – Ecuador

14-October-2019



RESUMEN

Antecedentes: la OMS expresa que la depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por aparición de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Objetivo: determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en los adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero en la ciudad de Azogues en el año 2019.

Metodología: se realizó una investigación de tipo analítica y transversal. La muestra fue de 262 estudiantes de 14 a 18 años en la Unidad Educativa Luis Cordero. Se aplicó una encuesta, que incluyó la escala H.A.D., la información fue recolectada en formularios, se procesaron los datos utilizando el programa SPSS V.15 mediante frecuencia absoluta, porcentaje, Chi cuadrado y Odds ratio con un Intervalo de Confianza de 95% y valor $p=0,05$.

Resultados: al aplicar el Cuestionario H.A.D. se determinó una prevalencia de depresión del 25.9%. La depresión en mujeres fue de 14,1%, mientras que en hombres fue el 11.8%, residen en áreas urbanas (21,4%), no tienen padres migrantes (19,5%), su percepción de la existencia de violencia intrafamiliar (23,3%) y su percepción de bajo rendimiento académico (21%). En cuanto a la edad, no se encontró diferencias, correspondiendo cada grupo etario al 13%.

Conclusiones: la prevalencia de depresión en los adolescentes es alta, los más afectados son las mujeres y los que presentan bajo rendimiento académico; sin encontrar asociación estadística entre las variables analizadas y la presencia de depresión.

Palabras claves: Adolescentes. Estudiantes. Depresión. Escala H.A.D.



ABSTRACT

Background: The World Health Organization expresses that depression is a very frequent mental disorder, characterized by the appearance of sadness, loss of interest or pleasure, feelings of guilt or lack of self-esteem, sleep or appetite disorders, feeling tired and lack of concentration.

Objective: To determine the prevalence of depression and associated factors in adolescents from 14 to 18 years students of the Luis Cordero High School in the city of Azogues in the year 2019.

Methodology: An analytical and cross-sectional investigation was carried out. The sample consisted of 262 students aged 14 to 18 in the Luis Cordero Luis Cordero High School. A survey was applied, which included the HAD scale, the information was collected on forms, the data was processed using the SPSS V.15 program by absolute frequency, percentage, Chi square and Odds ratio with a 95% Confidence Interval and value $p = 0.05$, which were represented in tables.

Results: When applying the H.A.D. Students were determined to have a prevalence of depression of 26%. The prevalence of depression in women was 14.1%, while in men it was 11.8%, reside in urban areas (21.4%), do not have migrant parents (19.5%), their perception of the existence of domestic violence (23.3%) and their perception of poor academic performance (21%). Regarding age, no differences were found, each age group corresponding to 13%.

Conclusions: The prevalence of depression in adolescents is high, the most affected are women and those with poor academic performance; without finding statistical association between the analyzed variables and the presence of depression.

Keywords: Adolescents. Students. Depression. H.A.D.



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPÍTULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	14
CAPÍTULO II	16
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	16
2.1 ADOLESCENCIA Y DEPRESIÓN	16
2.2 ANTECEDENTES.....	17
2.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	18
2.3.1 Cuestionario de H.A.D.	22
2.4 COMORBILIDADES	23
2.5 FACTORES DE RIESGO	24
2.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	26
2.7 PREVENCIÓN	27
2.8 HIPÓTESIS	28
CAPÍTULO III	29
3. OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GENERAL	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
CAPÍTULO IV	30
4. DISEÑO METODOLÓGICO	30
4.1 TIPO DE ESTUDIO	30
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	30



4.3 UNIVERSO Y MUESTRA	30
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	31
4.5 VARIABLES.....	32
4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo # 3)	32
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	32
4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	32
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	33
CAPÍTULO V	34
5 RESULTADOS Y ANÁLISIS	34
CAPÍTULO VI	41
6 DISCUSIÓN	41
CAPÍTULO VII.....	44
7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
7.1 CONCLUSIONES.....	44
7.2 RECOMENDACIONES.....	45
CAPÍTULO VIII.....	46
8 BIBLIOGRAFÍA	46
CAPÍTULO IX	51
9. ANEXOS.....	51
9.1 ANEXO # 1: ASENTIMIENTO INFORMADO	51
9.2 ANEXO # 2: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
9.3 ANEXO # 3: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	56
9.4 ANEXO # 4: FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58



Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Catherine Lizeth Arevalo Alvarado en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes de 14 a 18 años en la Unidad Educativa Luis Cordero, Azogues-2019**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 14 de octubre del 2019

Catherine Lizeth Arevalo Alvarado

C.I: 0302709092



Cláusula de propiedad intelectual

Catherine Lizeth Arevalo Alvarado autora del proyecto de investigación **Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes de 14 a 18 años en la Unidad Educativa Luis Cordero, Azogues-2019**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 14 de octubre del 2019

Catherine Lizeth Arevalo Alvarado

C.I: 0302709092



Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Karla Victoria Muñoz Regalado en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del Proyecto de investigación: **Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes de 14 a 18 años en la Unidad Educativa Luis Cordero, Azogues-2019**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 14 de octubre del 2019

Karla Victoria Muñoz Regalado

C.I: 0302399878



Cláusula de propiedad intelectual

Karla Victoria Muñoz Regalado autora del proyecto de investigación: **Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes de 14 a 18 años en la Unidad Educativa Luis Cordero, Azogues-2019**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 14 de octubre del 2019

Karla Victoria Muñoz Regalado

C.I: 0302399878



AGRADECIMIENTO.

Queremos expresar nuestra gratitud primeramente a Dios, quien con su bendición llena siempre nuestra vida, y, a toda nuestra familia por estar siempre presentes en los momentos más difíciles.

De la misma forma nuestra profunda y sincera felicitación a la Universidad de Cuenca, a toda la Facultad de Medicina, a nuestros profesores quienes con sus vastos y amplios conocimientos y enseñanzas hicieron que podamos crecer día a día como profesionales, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, cariño, don de gente y dedicación, apoyo incondicional y amistad brindada.

Finalmente quiero resaltar y expresar nuestro más grande y sincero agradecimiento al Dr. Ismael Morocho, Asesor; y al Dr. Jonatham Tipán, en calidad de Director, principales colaboradores que, durante todo este proceso, fueron quienes, con su colaboración, conocimiento y enseñanza, permitieron el desarrollo de este trabajo que lo hicimos con absoluta responsabilidad y dedicación.



DEDICATORIA.

La presente investigación va dedicada a mi madre por su apoyo incondicional a lo largo de este camino; a mi amado esposo por su paciencia y por sus palabras de aliento y finalmente pero no menos importante a mi hermosa hija por ser la alegría y la fuerza de mi vida.

Victoria Muñoz Regalado.

Esta tesis está dedicada a

A mi abuelita, mis padres, amado esposo e hijos quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Catherine Arevalo Alvarado



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Los trastornos que comúnmente son denominados depresivos consideran un conjunto de entidades clínicas que están relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración, dentro de estos se encuentran el episodio de depresión mayor (EDM) y la distimia (D) que, de acuerdo con lo estipulado en el DSM-5, son considerados trastornos del estado de ánimo. Además, se refieren a síndromes conformados por varios patrones de comportamiento con una significación clínica que no obedecen a respuestas convencionales, y cuya característica singular está centrada en una alteración del humor principalmente asociada al malestar y discapacidad, así como también al riesgo de fallecer, perder la libertad o sufrir dolor. De esta manera, estos trastornos están caracterizados por su impacto en el estado de ánimo de las personas y el afecto, ligados además con cambios o problemas en otras esferas de la vida, como fatiga, apetito, sueño, culpa excesiva, dificultades cognitivas e ideación suicida, entre otras más. (1)

El ente rector global de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha establecido que hasta un 50% de todos los trastornos referentes a salud mental aparecen a los 14 años, pero la mayoría de los casos no son reconocidos ni se tratan, por lo que tienen consecuencias graves para la salud mental de las personas durante toda su vida. Asimismo, se conoce que durante esta etapa, incrementan los trastornos depresivos en ambos sexos, presentándose mayoritariamente en las mujeres. (2)



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, la depresión es considerada uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en diversos contextos a nivel global. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa principal de discapacidad en todo el mundo; específicamente, en países del primer mundo, ocupará el tercer lugar, mientras que en países en vías de desarrollo como lo es el Ecuador, esta enfermedad ocupará el primer lugar. Asimismo, la OMS señala que más de 350 millones de individuos sufren esta patología en todo el mundo y que, a pesar de que la depresión es un trastorno mental tratable en la actualidad, la gran mayoría de pacientes que la experimentan no solicitan ni reciben el tratamiento requerido para mejorar su condición. Se sabe que en los adolescentes, la depresión es una problemática de múltiples causas y predictora de problemas sociales y otros trastornos. Por ello, es considerada un problema de salud pública. (3)

La depresión es la principal causa de discapacidad en personas entre los 15 a 44 años de edad a nivel mundial, es también la primera causa de años perdidos por discapacidad en jóvenes con edades entre 10 a 14 años, calculados según la prevalencia y la carga de morbilidad de la condición; por otra parte, debido a su prevalencia (0,5% en menores de 3 a 5 años, 1,4% en niños de 6 a 11 años y 3,5% en adolescentes de 12 a 17 años de edad), juega un papel importante como uno de los factores de riesgo de suicidio a la vez que repercute sobre la estructura social y familiar. (4,5).

Teniendo en cuenta que la salud mental juega un papel muy importante en el desarrollo de los adolescentes, y que en este grupo etario en la ciudad de Azogues no se conoce cómo se presenta esta situación, el presente estudio pretende determinar: ¿Cuál es la prevalencia de depresión y factores asociados en los



adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero en la ciudad de Azogues en el año 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Al tomar en consideración la etapa evolutiva de las personas, se conoce que es mayormente en el transcurso del período de la adolescencia cuando se inicia el desarrollo de la sintomatología depresiva. Es por ello, que las personas que se encuentran en este período se convierten en uno de los sectores poblacionales con mayor propensión y vulnerabilidad a experimentar esta patología mental con una prevalencia que llega hasta el 5% a nivel mundial. La depresión en la adolescencia es predictora de problemas sociales, de rendimiento académico, de escolaridad, de suicidio y además, desde una perspectiva clínica, existen múltiples evidencias que indican que la depresión en la adolescencia comparte un alto nivel de comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, como por ejemplo la ansiedad. (4)

A pesar del avance de la tecnología en la actualidad y de las terapias que están disponibles para tratar las enfermedades mentales, estas continúan siendo un marcador importante en el desarrollo de los adolescentes, debido a que su diagnóstico es tardío o no se diagnostica y al estigma que todavía las caracteriza. Este estudio se enfoca en este grupo etario, ya que debemos hacer énfasis que la depresión no solo causa problemas en la salud psicológica y emocional del adolescente, sino también deteriora la salud física, las relaciones familiares, el ámbito social, la apariencia física, el rendimiento académico, etc.

Como personal sanitario es nuestro deber basarnos en la atención primaria de salud, de esa forma brindar prevención, diagnósticos y tratamientos oportunos que ayuden a mejorar la calidad de vida de los adolescentes. Para ello es necesario partir conociendo cómo se presenta el problema en nuestra comunidad, determinado la prevalencia de depresión en los adolescentes.



Este estudio surgió por el reconocimiento a la relevancia de este problema, se expondrá la prevalencia de depresión en los adolescentes estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero en la ciudad de Azogues y se identificarán características que pudiesen estar relacionadas con esta patología.

Este estudio se enmarca en la línea de investigación de enfermedades mentales crónicas que propone el Ministerio de Salud Pública (MSP). Con su ejecución se beneficiará a los adolescentes de la ciudad, a la población en general y al Ministerio de Salud Pública, ya que con la información generada se expondrá como se presenta la situación en nuestro medio y se podrán desarrollar progresivamente intervenciones dirigidas a promover la salud mental en los adolescentes.

Al terminar esta investigación, sus resultados serán socializados a las autoridades de la Unidad Educativa Luis Cordero de la ciudad de Azogues, para que con ellos el profesional médico de la institución pueda realizar la valoración y la derivación pertinente.

Finalmente, se publicarán los resultados en una revista médica de interés nacional bajo protocolos internacionales.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 ADOLESCENCIA Y DEPRESIÓN

La adolescencia es la etapa comprendida entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente comienza por los cambios puberales entre los 10 y los 19 años de edad y está caracterizada por profundas transformaciones psicológicas, biológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de conflictos, crisis y contradicciones, pero esencialmente son positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino también es una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia social y psicológica. (6) Todos estos procesos de cambio pueden volver susceptible al adolescente por lo que es muy común observar en el aula de las instituciones escolares adolescentes con síntomas de depresión ocasionados por múltiples problemas emocionales, ambientales, familiares y sociales. (7)

Aquellos trastornos que comúnmente son denominados depresivos engloban un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y también, tales como son el episodio de depresión mayor (EDM) y la distimia (D) que, según establece el DSM-5, son trastornos del estado de ánimo. (8)

La depresión está caracterizada por: cambios en el estado de ánimo y otras esferas de la vida como sueño, apetito, culpa excesiva, fatiga, dificultades cognitivas e ideación suicida, entre otros síntomas. (9)



2.2 ANTECEDENTES

Una encuesta realizada en adolescentes de 12 a 17 años de edad en los Estados Unidos ($n > 45,000$) en los años 2010 y 2011 encontró que la prevalencia de depresión fue del 8%. Los autores mostraron que la proporción de mujeres adolescentes a hombres que desarrollan depresión mayor es de aproximadamente dos a uno, esta diferencia sexual emerge principalmente durante la pubertad. (4)

En nuestro vecino país Perú se llevó a cabo la investigación "Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa 2015", con una muestra de 468 adolescentes. Del total el 58,7% presentaron depresión entre leve y moderada. Los autores encontraron que sí existe relación entre el funcionamiento y la depresión en adolescentes ($P < 0.05$ y un índice de Correlación de Spearman de 0.693). (10)

En la ciudad de Cuenca, Ecuador, en el año 2016 se realizó un estudio que determinó la ansiedad y depresión en adolescentes, los resultados fueron frecuencia de ansiedad: 22.86% y depresión: 17.14%. Además, el mayor número poblacional fue el de 10 a 14 años con 51.43%, la mayoría cursaban la primaria 82.86%, no existiendo analfabetismo. (11)

En el año 2017 en la ciudad de Loja, Ecuador, se realizó un estudio que evaluó la depresión en adolescentes de 14 a 16 años, encontrando una prevalencia de depresión del 65.75%, mostrando que es 1.5 veces más frecuente en mujeres que en hombres. Además, con lo concerniente a la relación y/o asociación estadística entre las variables en estudio, encontrándose un valor de $p < 0,05$ (0,047) en el consumo de drogas en la edad de 16 años y consumo de tabaco $p < 0,05$ (0,031) en la edad de 14 años en los participantes. (12)



2.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

En el trastorno depresivo el diagnóstico es clínico y se establece mediante una historia detallada del niño y de los padres, además de una exploración de estado mental. En este punto puede ser de gran utilidad la información aportada por el entorno escolar, ya sea por los profesores o compañeros. (13)

Cuando se realiza la entrevista clínica se debe:

- Valorar el episodio depresivo en la actualidad (describiendo los síntomas, posibles factores etiológicos y repercusión en el funcionamiento global). Además, es imprescindible preguntar al niño y los padres de este sobre si ha tenido ideas de muerte o de suicidio en algún momento. (13)

- Se debe conocer posibles episodios previos del paciente y los principales antecedentes psiquiátricos en la familia. Es necesario llevar a cabo una exploración física completa y analítica de manera general. Se solicitarán pruebas biológicas y complementarias si se consideran indicadas para diagnóstico diferencial de otras enfermedades. En este punto pueden ser útiles para el diagnóstico cuestionarios autoaplicados, (13) como la HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression, es una escala heteroaplicada, que está diseñada para medir la gravedad o intensidad de la depresión, siendo una de las más utilizadas en la monitorización de la evolución de los síntomas en la investigación y en la práctica clínica. En el marco temporal de la evaluación se corresponde aquel momento en el que se aplican, excepto en algunos ítems, como el sueño, en que se refieren a los 2 días previos a la evaluación. (14)

En el diagnóstico de la depresión, los criterios diagnósticos más utilizados, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). (13)

Trastorno depresivo mayor (DSM-5):



- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer. Nota: No se debe incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros.
 2. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 3. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
 4. Presencia de insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
 6. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 7. Existencia de fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas que presenta la persona provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento general.



- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica en el paciente.
- D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. (8)

En la adolescencia la depresión se presenta con las siguientes particularidades:

- Con alta frecuencia, la depresión queda enmascarada bajo otros síntomas, como son la agresividad o irritabilidad. Existen indicios tan típicos de la depresión como problemas para dormir, la tristeza o falta de autoestima pueden estar solapados por una conducta desobediente, discusiones frecuentes, el consumo de drogas, etc. (15)
- El desarrollo normal y los habituales altibajos en el estado de ánimo, así como los trastornos del desarrollo confunden y complican el diagnóstico y el curso de la depresión, dificultando el tratamiento. (13)
- La depresión en los adolescentes es más compleja y ubica al paciente en situación de mayor riesgo de cometer suicidio que lo que se ha observado en los pacientes adultos.
- Dada la plasticidad del sistema nervioso central (SNC) en estas etapas del desarrollo de los adolescentes, se puede observar una rápida mejoría de las manifestaciones depresivas, con solo alejar al adolescente de la fuente generadora de conflictos, esto pudiera introducir múltiples dudas sobre su real existencia. (15)

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10:

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas en el paciente.
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a cualquier trastorno mental orgánico.



C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden presentarse muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, se considera el síndrome somático presente cuando coexisten cuatro o más de las siguientes características:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
- Existe una notable disminución del interés sexual.
- Se despierta por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Pérdida marcada del apetito.

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10:

A. Criterios generales para trastorno depresivo:

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a cualquier trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Falta de vitalidad o aumento de la fragilidad.
- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto presente durante la mayor parte del día y casi todos los días de la semana que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.



- Existencia de marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras para el sujeto.
- C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista para que la suma total sea al menos de cuatro:
- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad que antes no estaban presentes.
 - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o conductas suicidas.
 - Presencia de reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva o inadecuada.
 - Quejas o disminución de la capacidad de pensar y concentrarse, esto acompañado de la falta de decisión y vacilaciones.
 - Cambios de actividad psicomotriz, con la presencia de agitación o inhibición.
 - Cualquier tipo de alteraciones del sueño.
 - Cambios del apetito, ya sea disminución o aumento, con modificación en el peso.
- D. Puede o no haber síndrome somático. (16)

2.3.1 Cuestionario de H.A.D.

El Cuestionario de H.A.D. es un examen formulado por Hamilton, que valora la Ansiedad (A) y Depresión (D), este en una escala resumida nos permite tener una visión general y bastante rápida del estado de ánimo de una persona. Es la herramienta propuesta por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) en el año 2009 para evaluar la presencia de ansiedad y/o depresión en los adolescentes.

Aplicación:

1. Puede llevarse a cabo de manera individual o grupal.



2. Se debe explicar en qué consiste el cuestionario.
3. Se le entrega a cada paciente el cuestionario para que comience a leer detenidamente cada pregunta y luego las variables respectivas y se le solicita que encierre en un círculo el puntaje que más se le parece a lo que ha sentido sobre su estado de ánimo.
4. Las escalas están divididas en Ansiedad y Depresión.
5. Una vez que los pacientes ha/n terminado de contestar el cuestionario, se suman por separado las escalas de Ansiedad y las de Depresión y se anotan al final los puntajes obtenidos.
6. Para su interpretación, si el paciente ha obtenido puntajes superiores a 7 (siete) en A o en D, presenta Ansiedad o Depresión, o ambas, según sea el caso.

Tiempo: No existe un tiempo máximo para contestar el cuestionario por el paciente; no obstante, por lo regular se termina en un período de 10 a 20 minutos. El paciente tiene que contestar completamente el cuestionario. (17)

Un estudio realizado en el año 2014 en la ciudad de Loja, Ecuador, mostró que el cuestionario H.A.D. en el diagnóstico de depresión muestra un sensibilidad de 92% (IC:95%:0.85-0.90), especificidad del 74% (IC:95 %: 0.66-0.83), valor predictivo positivo 0.66 (IC:95%: 0.56-0.76), valor predictivo negativo 0.95 (IC:95%: 0.90-0.99), razón de probabilidad positiva 3,6, razón de probabilidad negativa 0,12, Kappa media de Cohen 0.59(IC:95%:50-65) y área bajo la curva 0.59. (18)

2.4 COMORBILIDADES

Se conoce que la comorbilidad va a cambiar el pronóstico clínico por la implicación en la respuesta a los tratamientos, la mayor tendencia a la cronicidad, una mayor persistencia sintomática, y el mayor riesgo de mortalidad, además del involucramiento en el área funcional, familiar, social, en rendimiento escolar y demás en que participe el sujeto. (19)



En lo referente a las enfermedades de origen orgánico, hay que tener en cuenta:

- Enfermedades metabólicas:
 - Diabetes y déficit de vitamina B12
- Enfermedades endocrinas:
 - Hipotiroidismo, Anemia y Enfermedad de Addison
- Enfermedades infecciosas:
 - virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Hepatitis, mononucleosis.
- Enfermedades neurológicas:
 - Epilepsia y Síndrome poscontusión,
- Enfermedades autoinmunes:
 - Lupus eritematoso sistémico

Además es muy importante diferenciarlo de síntomas como el duelo y determinar la presencia de historia de eventos vitales y de pérdidas, como son la de un ser querido, cambio de hogar, cambio de colegio o algún otro desplazamiento. (19)

2.5 FACTORES DE RIESGO

Hay varios factores que están asociados con la aparición, la duración y la recurrencia de los trastornos depresivos en el período de la adolescencia. No se conocen causas únicas claramente definidas; se describen múltiples causas divididas en factores genéticos, factores ambientales, eventos vitales y las características propias del adolescente. (19)

Dentro de los factores genéticos, que son los que han sido estudiados de manera más amplia, aunque no se ha logrado establecer claramente la asociación con un gen o grupo de genes en especial; se ha evidenciado que los hijos de padres depresivos son hasta tres veces más propensos de padecer depresión. Se ha



establecido que del 20% al 50% de los jóvenes que presentan el trastorno durante la infancia o adolescencia tiene una historia familiar de depresión u otro trastorno mental; en lo referente a los niños que desarrollan la enfermedad, múltiples estudios han mostrado que es más común que uno de los padres también haya padecido depresión en edades tempranas de su vida. (19)

Dentro de los factores genéticos que se han asociado con el desarrollo de depresión, uno de los más conocido es la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, el cual podría estar influenciado por el gen llamado 5-HTTLPR, ya que se ha evidenciado que los sujetos homocigotos para polimorfismo 5-HTTLPR presentan mayor reactividad del cortisol ante un estrés psicosocial, lo que puede incrementar la susceptibilidad a padecer depresión. Varios autores han demostrado que niveles elevados de cortisol por la mañana pueden estar asociados con la probabilidad de un nuevo episodio depresivo en la vida; además, los niveles de cortisol son más altos en los hijos de personas que son depresivas, lo que parece los hace más propensos a padecer el trastorno. Además, se conoce que existen genes que se han correlacionado con el desarrollo del trastorno depresivo, como son el NTRK3, el G72 y el P2RX7; sin embargo, aún no se tiene clara cuál es la relación de estos genes con la depresión infantil. (19)

En lo referente a los factores ambientales que están asociados con la depresión en niños y adolescentes, se ha observado el abuso sexual, los divorcios, el abandono, las pérdidas afectivas, la muerte de una persona cercana y también los desastres naturales en la zona de residencia. Además, eventos vitales como los duelos, las enfermedades médicas crónicas, la pertenencia a grupos marginales, los factores socioeconómicos, el matoneo o cualquier otro que el niño o adolescente interprete como traumático. Se ha establecido que los sujetos con predisposición genética son más sensibles a los eventos negativos de la vida que aquellos con un riesgo genético bajo; un hecho que debe ser tomado en cuenta como factor de riesgo es el padecimiento de enfermedades crónicas. (19)



Dentro de las características propias del niño que se deben observar están los elevados niveles de ansiedad, las distorsiones cognitivas, la baja autoestima, el pobre desempeño escolar y las deficiencias dentro de sus habilidades sociales, que también pueden aportar al desarrollo de depresión. Se conoce que los dos factores de riesgo más importantes para el suicidio en la infancia y adolescencia son un intento de suicidio previo y el diagnóstico de depresión; cada uno independientemente representa un mayor riesgo de 10-30 veces por suicidio en estas edades. (19)

Es necesario entender las diferencias en las tasas de depresión por cada sexo. Aunque se ha observado que los trastornos depresivos son más prevalentes en las mujeres, en los sujetos de sexo masculino sus consecuencias pueden tener repercusiones de gravedad aún mayor. A pesar que las mujeres tienen mayores tasas de intento de suicidio, en los hombres los intentos son más letales y producen más muertes. (1)

2.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Para establecer el diagnóstico diferencial se deben excluir los casos de tristeza normal, otros trastornos psiquiátricos, enfermedades médicas y consumo de drogas. En la población infantil y adolescente tiene alta frecuencia la coexistencia de dos o más diagnósticos (comorbilidad), por lo que es importante confirmar o descartar la presencia de otros trastornos. (19)
- Se ha establecido que el sentimiento de tristeza es normal cuando es proporcional al factor que lo ha desencadenado en el paciente (por ejemplo, la muerte de un ser querido), este se alivia mediante situaciones positivas y se puede resolver de manera espontánea. La principal diferencia entre la depresión como enfermedad y los «altibajos normales» de la adolescencia



es que los síntomas se asocian al sufrimiento, al malestar interno que siente y al deterioro de funcionamiento general del sujeto. (13)

- Enfermedades médicas, tales como: infecciones crónicas, déficits nutricionales graves, enfermedades autoinmunes, endocrinas, y enfermedades neurológicas. (20)
- Enfermedad bipolar. Es bastante difícil establecer el diagnóstico diferencial en el primer episodio depresivo. Los antecedentes familiares de enfermedad bipolar, manía, psicosis o hipomanía secundaria a antidepresivos pueden orientar y ser de gran ayuda. (13)
- Distimia: está caracterizado por un estado de ánimo depresivo durante varios días la mayor parte del día y dos o más de los siguientes síntomas: a) pérdida o aumento de apetito; b) insomnio o hipersomnias; c) falta de energía o fatiga; d) baja autoestima; e) pobre concentración; f) dificultad para concentrarse o para tomar decisiones, y g) sentimientos de desesperanza. Esta patología está definida como un trastorno afectivo crónico que persiste al menos 2 años en adultos y 1 año en adolescentes y niños. (21)

2.7 PREVENCIÓN

Se sabe que los niños y los adolescentes con la presencia de depresión son los que tienen una mayor probabilidad de no ser identificados, por este motivo es necesario invertir esfuerzos para apoyar la prevención de esta enfermedad, pues para alcanzar el progreso económico y social en la población, se tiene que tener presente la riqueza mental de las naciones, en otras palabras, es importante potenciar la salud mental de los ciudadanos. (5)

Las intervenciones preventivas que se realizan se clasifican en:

- a) Prevención universal: esta abarca a todos los miembros de una población que ya está definida, por ejemplo, una zona geográfica.



- b) Prevención dirigida: esta se centra en grupos particulares; la prevención selectiva en los que tienen un riesgo superior a la media de presentar el trastorno y la prevención indicada, en los que los sujetos manifiestan síntomas o signos de un trastorno. (5),

Las instituciones educativas son los lugares idóneos para ofrecer servicios de salud mental a niños/as y adolescentes por las siguientes razones: permite la detección temprana de los problemas, enseña y refuerza destrezas sociales y conductuales en los estudiantes en un contexto de ambiente natural lo que aumenta la probabilidad de un cambio significativo y sostenible, disminuye la barrera de acceso a los servicios, ofrece servicios especializados en un contexto menos estigmatizante, y los servicios de salud mental son congruentes con la misión académica y de competencia social de las unidades educativas. (22)

2.8 HIPÓTESIS

La prevalencia de depresión en adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero en la ciudad de Azogues en el año 2019 es mayor al 20% y los factores de riesgo son: migración familiar, violencia intrafamiliar y rendimiento académico.



CAPÍTULO III

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en los adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero en la ciudad de Azogues en el año 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar al grupo estudio según las variables edad, sexo y residencia.
- Establecer la prevalencia de depresión en los estudiantes.
- Identificar los factores asociados al desarrollo de depresión como: migración familiar, violencia intrafamiliar y rendimiento académico.

CAPÍTULO IV

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación de tipo analítica y transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Unidad Educativa Luis Cordero, ubicada en la calle Ingapirca 3-01 y Rafael María García, en la ciudad de Azogues, Cañar, Ecuador.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Está formado por 604 estudiantes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Luis Cordero de la ciudad de Azogues.

Muestra: Fue calculada con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, obteniéndose un total de 235 participantes. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo por azar simple de conglomerados, seleccionando estudiantes de varios grupos de cada curso.

Se utilizó la fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población = 604

Z = nivel de confianza = 1,96



p = prevalencia = 50%

q = probabilidad de fracaso = 50%

d = error máximo admisible = 5%

Luego de calcular, se obtuvo $n = 236$, más 10% de posibles pérdidas, se obtuvo una muestra de 262 sujetos.

La selección de los sujetos se realizó teniendo en cuenta el porcentaje que representa cada curso con relación al total de estudiantes.

Año de Bachillerato	Total de estudiantes	Porcentaje	Tamaño de la muestra
Cuarto curso	205	34%	90
Quinto curso	198	33%	86
Sexto curso	201	33%	86
Total:	604	100%	262

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Adolescentes de 14 a 18 años que estuvieron presentes el día de la recolección de datos en la Unidad Educativa Luis Cordero de la ciudad de Azogues.
- Estudiantes que desearon participar en el estudio y firmaron el Asentimiento informado y que sus tutores legales firmaron el Consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no asistieron a la institución educativa el día de recolección de los datos.



- Estudiantes que presentaron tristeza normal, enfermedades médicas descritas en el diagnóstico diferencial, otros trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias.

4.5 VARIABLES

- Variables dependientes: depresión
- Variables independientes: Edad, sexo, residencia, migración familiar, violencia intrafamiliar, rendimiento académico

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo # 3)

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Método: Se empleó el método observacional no participante.

Técnicas: Se aplicó una encuesta que incluye la Escala H.A.D. la misma que tiene una sensibilidad de 92% (IC:95%:0.85-0.90), especificidad del 74% (IC:95 %: 0.66-0.83), valor predictivo positivo 0.66 (IC:95%: 0.56-0.76), valor predictivo negativo 0.95 (IC:95%: 0.90-0.99), razón de probabilidad positiva 3,6, razón de probabilidad negativa 0,12, Kappa media de Cohen 0.59(IC:95%:50-65) y área bajo la curva 0.59. (18) a los estudiantes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Luis Cordero de la ciudad de Azogues.

Instrumentos: Se recolectaron los datos en un formulario, en el cual constan todas las variables necesarias en el estudio (Anexo # 4).

4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS



La información fue recolectada en formularios, se procesaron los datos utilizando el programa SPSS V.15 (versión libre) mediante frecuencia absoluta, porcentaje, Chi cuadrado y Odds Ratio con un Intervalo de Confianza del 95% y valor $p=0,05$.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitó autorización al rectorado de la Unidad Educativa Luis Cordero y al Ministerio de Educación a través del Distrito de Educación 03D01 Azogues-Biblián-Déleg, para realizar la investigación en la institución. La capacitación se realizó mediante revisión bibliográfica, tanto digital como textual. La supervisión estuvo a cargo del director de tesis. A las participantes se les informó acerca de la investigación, se les aclaró cualquier duda acerca de la misma y se les pidió firmar el Asentimiento (Anexo # 1) o Consentimiento Informado (Anexo # 2) según el caso. La información aportada será de absoluta confidencialidad y no será utilizada en otros trabajos, las participantes no serán expuestas de ninguna forma.

CAPÍTULO V

5 RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla # 1. Distribución de adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero según las características demográficas, Azogues-2019.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
EDAD		
14-16	156	59,5
17-18	106	40,5
SEXO		
Masculino	119	45,4
Femenino	143	54,6
RESIDENCIA		
Urbana	225	85,9
Rural	37	14,1
Total	262	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autoras: Arévalo C., Muñoz K.

Media: 16,1

DE: 1,1

La tabla # 1 muestra las características demográficas de la población estudiada, se evidencia una media de edad de $16,1 \pm 1,1$ años, siendo el grupo etario de 14 a 16 años el más frecuente, con 59,5%. Además, podemos observar que la mayoría de los estudiantes son de sexo femenino (54,6%) y viven en zonas urbanas (85,9%).

Tabla # 2. Distribución de adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero según la presencia de depresión, Azogues-2019.

DEPRESIÓN		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si	68	25,9
No	194	74,0
Total	262	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autoras: Arévalo C., Muñoz K.

Al aplicar el cuestionario H.A.D. a los estudiantes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Luis Cordero de la ciudad de Azogues, 68 resultaron con un puntaje mayor a 7, lo que corresponde a una prevalencia de depresión del 25.9X100.

Tabla # 3. Distribución de adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero según la edad y la presencia de depresión, Azogues-2019.

		DEPRESIÓN		
EDAD		Si	No	Total
14-16	N	34	122	156
	%	13,0%	46,6%	59,5%
17-18	N	34	72	106
	%	13,0%	27,5%	40,5%
Total	N	68	194	262
	%	26,0%	74,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autoras: Arévalo C., Muñoz K.

X^2 : 2,96

p: 0,09

OR: 0,59

IC: 0,34-1,03

En la tabla # 3 se muestra que al aplicar el cuestionario H.A.D. a los estudiantes se evidenció que en los afectados no hubo diferencia respecto a la edad, en ambos grupos etarios representaron el 13%; sin encontrar asociación estadística entre ambas variables ($p > 0,05$).

Tabla # 4. Distribución de adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero según el sexo y la presencia de depresión, Azogues-2019.

		DEPRESIÓN		
SEXO		Si	No	Total
Masculino	N	31	88	119
	%	11,8%	33,6%	45,4%
Femenino	N	37	106	143
	%	14,1%	40,5%	54,6%
Total	N	68	194	262
	%	26,0%	74,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autoras: Arévalo C., Muñoz K.



X^2 : 2,00
p: 1,00
OR: 1,01
IC: 0,58-1,76

En la tabla # 4 se muestra que al aplicar el cuestionario H.A.D. a los estudiantes se evidenció que las más afectadas son las mujeres, con el 14,1%; sin embargo, no se encontró asociación estadística entre ambas variables ($p > 0,05$).

Tabla # 5. Distribución de adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero según la residencia y la presencia de depresión, Azogues-2019.

RESIDENCIA		DEPRESIÓN		Total
		Si	No	
Urbana	n	56	169	225
	%	21,4%	64,5%	85,9%
Rural	n	12	25	37
	%	4,6%	9,5%	14,1%
Total	n	68	194	262
	%	26,0%	74,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autoras: Arévalo C., Muñoz K.

X^2 : 0,59
p: 0,44
OR: 0,69
IC: 0,32-1,46

En la tabla # 5 se muestra que al aplicar el cuestionario H.A.D. a los estudiantes se evidenció que los más afectadas son los que residen en áreas urbanas, con el 21,4%; sin embargo, no se encontró asociación estadística entre ambas variables ($p > 0,05$).

Tabla # 6. Distribución de adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero según la migración y la presencia de depresión, Azogues-2019.

MIGRACIÓN DE PADRES		DEPRESIÓN		Total
		Si	No	
Si	n	17	41	58
	%	6,5%	15,6%	22,1%
No	n	51	153	204
	%	19,5%	58,4%	77,9%
Total	n	68	194	262
	%	26,0%	74,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autoras: Arévalo C., Muñoz K.

χ^2 : 0,24

p: 0,62

OR: 1,24

IC: 0,65-2,38

En la tabla # 6 se muestra que al aplicar el cuestionario H.A.D. a los estudiantes se evidenció que los más afectados no tienen padres migrantes, con el 19,5%; sin embargo, no se encontró asociación estadística entre ambas variables ($p > 0,05$).

Tabla # 7. Distribución de adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero según su percepción de la existencia de violencia intrafamiliar y la presencia de depresión, Azogues-2019.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		DEPRESIÓN		Total
		Si	No	
Si	n	7	10	17
	%	2,7%	3,8%	6,5%
No	n	61	184	245
	%	23,3%	70,2%	93,5%
Total	n	68	194	262
	%	26,0%	74,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autoras: Arévalo C., Muñoz K.

X^2 : 1,42

p: 0,23

OR: 2,11

IC: 0,77-5,79

En la tabla # 7 se muestra que al aplicar el cuestionario H.A.D. a los estudiantes se encontró que los más afectados no han evidenciado episodios de violencia intrafamiliar, con el 23,3%; sin embargo, no se encontró asociación estadística entre ambas variables ($p > 0,05$).

Tabla # 8. Distribución de adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero según su percepción de rendimiento académico y la presencia de depresión, Azogues-2019.

RENDIMIENTO ACADÉMICO		DEPRESIÓN		Total
		Si	No	
Bajo	N	55	151	206
	%	21,0%	57,6%	78,6%
Alto	N	13	43	56
	%	5,0%	16,4%	21,4%
Total	N	68	194	262
	%	26,0%	74,0%	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autoras: Arévalo C., Muñoz K.

X^2 : 0,13

p: 0,72

OR: 1,21

IC: 0,60-2,41

En la tabla # 8 se muestra que al aplicar el Cuestionario H.A.D. a los estudiantes se evidenció que los más afectados tienen un rendimiento académico bajo, con el 21%; sin embargo, no se encontró asociación estadística entre ambas variables ($p > 0,05$).

CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS:

Se acepta la hipótesis nula, ya que no se encontró asociación estadística entre la migración familiar, percepción de la existencia de violencia intrafamiliar o percepción de rendimiento académico con la presencia de depresión en adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero en la ciudad de Azogues en el año 2019.



CAPÍTULO VI

6 DISCUSIÓN

Se analizaron 262 estudiantes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Luis Cordero de la ciudad de Azogues, con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión y sus factores asociados. Bajo este marco presentamos los siguientes aspectos.

En cuanto a las características demográficas de la población, la media de edad de los estudiantes es de $16,1 \pm 1,1$ años, siendo el grupo etario de 14 a 16 años el más frecuente, con 59,5%; el 54,6% es de sexo femenino y el 85,9% vive en zonas urbanas.

Al aplicar el Cuestionario H.A.D. a los estudiantes, 68 resultaron con un puntaje mayor a 7, lo que corresponde a una prevalencia de depresión del 26%. En un estudio realizado en la ciudad de Loja, Ecuador, en el año 2014, donde se analizó la depresión y su relación con el riesgo de suicidio en los adolescentes de la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren y el Instituto Superior Tecnológico Daniel Álvarez Burneo, la autora encontró cifras superiores de depresión a lo hallado en nuestro trabajo, con una prevalencia de 37%. (23) Sin embargo, resultados similares fueron observados en un estudio publicado en México en el año 2015, donde al analizar una muestra de 9982 estudiantes de 14 a 19 años el 27% presentó sintomatología depresiva. (24)

En cuanto al sexo, al aplicar el cuestionario se evidenció que las más afectadas son las mujeres, con el 14,1%; sin embargo, no se encontró asociación estadística entre ambas variables ($p=1,00$). Una investigación que apoya estos resultados fue realizada en Cuba en el año 2013, donde se afirma que todos los investigadores coinciden en que las tasas de prevalencia de depresión son mayores en mujeres. (25) Un estudio publicado en España en el año 2015 también muestra al sexo



femenino como el más afectado, hallando diferencias estadísticamente significativas en función del sexo del alumnado, mostrando en las mujeres puntuaciones de depresión más elevadas en el CDS “Cuestionario de depresión para niños” ($M= 108,75$; $DT= 30,01$) que los varones ($M= 102,22$; $DT= 28,89$), $t(1258) = -3,93$; $p < 0,001$. (26) Asimismo, un estudio publicado en el año 2017 en la ciudad de Loja, en el que se analizaron los factores de riesgo más relevantes que conllevan a la depresión en los adolescentes de 14 a 16 años de edad, se encontró una relación de 1.5 más de depresión en las mujeres que en los hombres. (27)

Por otro lado, se evidenció que la mayoría de los estudiantes con depresión residen en áreas urbanas, con el 21,4%, sin encontrar asociación estadística entre ambas variables ($p=0,44$). Un estudio que apoya estos resultados en el realizado en España en el año 2013, donde la autora observó que el porcentaje del trastorno depresivo es menor en la zona rural que en la zona urbana y lo explica por la globalización de las áreas urbanas, ya que uno de los factores estresantes que se ha mencionado es la aglomeración. (28) De igual manera, el Ministerio de Salud de Colombia (MINSALUD) en el año 2017 plantea que según una encuesta realizada a los colombianos, en la zona urbana (42,7%) se presentaron más síntomas depresivos que en la zona rural (34,9%). (29)

Se observó que los estudiantes más afectados no tienen padres migrantes, con el 19,5%; sin embargo, no se encontró asociación estadística entre ambas variables ($p=0,62$). Llama la atención estos resultados, ya que son múltiples las investigaciones que describen la migración de los progenitores como causa de varios trastornos psicológicos en los hijos, como por ejemplo, en un estudio realizado en el año 2012 en las provincias de Imbabura y Carchi en Ecuador, los autores concluyen que los hijos de padres emigrantes tienen una valoración de sí mismos inferior a la de sus compañeros que viven con sus padres. La ausencia de uno de los progenitores por emigración genera algunos problemas escolares en los hijos/as como la falta de concentración en los estudios, el abandono



escolar y la desmotivación en los estudios que pueden terminar en fracaso escolar. El daño afectivo, escolar y emocional que puede causar la separación física de uno de los progenitores no se puede considerar, en modo alguno como un bienestar familiar, sino como perjuicio a nivel familiar y a nivel educativo. (30)

Además, al aplicar el Cuestionario H.A.D. a los estudiantes se encontró que los más afectados no han evidenciado episodios de violencia intrafamiliar, con el 23,3%; sin encontrar asociación estadística entre ambas variables ($p=0,23$). Una investigación realizada en España en el año 2014 refuta estos resultados, ya que su autor muestra que los niños y niñas víctimas de violencia de género en la pareja presentan altos niveles de problemas psicopatológicos y dificultades en otras áreas de funcionamiento tales como la social y valórica. (31) No obstante, una posible explicación a los resultados obtenidos en nuestro trabajo es el bajo número de estudiantes que manifestaron ser víctimas de violencia intrafamiliar, que representó a penas el 6,5%, por lo que no se pudo valorar adecuadamente esta variable.

Finalmente, se evidenció que los más afectados tienen un rendimiento académico bajo, con el 21%; no obstante, no se encontró asociación estadística entre ambas variables ($p=0,72$). En un estudio realizado estudiantes mexicanos en el año 2013, de acuerdo con el Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS), de los 19 factores indicadores de depresión, 6 se correlacionaron significativamente con la variable de rendimiento académico, esto es, de los 7 factores idas indicadores de Depresión respecto al rendimiento académico, sólo 4 factores se presentan como significativos en su correlación, lo cual significa que 57% de indicadores de depresión correlacionaron con rendimiento académico; según los resultados, los autores afirman que la depresión está asociada al bajo rendimiento escolar en más de la mitad de los casos, lo cual indica que el bajo rendimiento escolar produciría baja autoestima y cogniciones pesimistas que pueden conducir a la depresión. (32) Asimismo, otro estudio realizado en México en el año 2018, donde



se analizó en 523 adolescentes la relación entre depresión y estilo de vida, se observó que conforme el grado académico avanza, los chicos muestran más problemas interpersonales, problemas de autoestima y anhedonia. (33)

CAPÍTULO VII

7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- Al aplicar el Cuestionario H.A.D. a los estudiantes se determinó una prevalencia alta de depresión en los estudiantes, que correspondió al 25,9%, probándose la hipótesis planteada.
- La prevalencia de depresión en mujeres fue de 14,1%, mientras que en hombres fue el 11.8%, residen en áreas urbanas (21,4%), no tienen padres migrantes (19,5%), su percepción de la existencia de violencia intrafamiliar (23,3%) y su percepción de bajo rendimiento académico (21%). En cuanto a la edad, no se encontró diferencias, correspondiendo cada grupo etario al 13%.
- No se encontró asociación estadística entre estas variables y la depresión en adolescentes ($p > 0,05$).



7.2 RECOMENDACIONES

- Fomentar en las instituciones educativas la importancia de la salud mental en el proceso de desarrollo de los adolescentes.
- Capacitar a los profesores en temas de salud mental, para que sean capaces de identificar signos de depresión u otros trastornos en los estudiantes.
- Realizar las evaluaciones de conocimientos en las instituciones educativas con un enfoque de identificar nudos críticos y brindar mayor apoyo a los estudiantes con bajo rendimiento académico, en vez de que sea un causal de trastornos mentales.
- Impulsar nuevos programas de entretenimiento y esparcimiento en los adolescentes.
- Realizar una atención integral a los adolescentes en la consulta médica de acuerdo a la normativa vigente.
- Realizar una valoración profesional a los adolescentes identificados con depresión en la Unidad Educativa Luis Cordero de la Ciudad de Azogues, para su tratamiento y rehabilitación.
- Continuar con la realización de investigaciones que ayuden a aclarar los factores causales de la depresión en los adolescentes.

CAPÍTULO VIII

8 BIBLIOGRAFÍA

1. González C., Hermosillo A., Vacio M., Peralta R., Wagner F. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2015 Abr [citado 2019 Mar 05] ; 72(2): 149-155. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149&lng=es
2. Veytia M., Fajardo R., Guadarrama R., Escutia N. Inteligencia emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato. Informes Psicológicos, 16(1), pp. 35- 50. [internet]. 2016, [citado 2019-03-10], Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6471/5968>
3. Navarro J., Moscoso M., Calderon G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. 2017, vol.23, n.1 pp.57-74. [internet]. 2017 [citado 2019-03-08], Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1729-4827
4. Bonin L. Depresión Unipolar Pediátrica: Epidemiología, características clínicas, evaluación y diagnóstico. UptoDate. 2018. [internet]. 2018, [citado 2019-03-10], Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pediatric-unipolar-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=trastorno%20animo%20ni%C3%B1os&selectedTitle=3~150#H1
5. Sánchez O., Méndez X., Garber J. Prevención de la Depresión en niños y Adolescentes Revisión y Reflexión. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 19, N.º 1, pp. 63-76, 2014. [internet]. 2014, [citado 2019-03-10], Disponible en: http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12983/pdf_36
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Desarrollo en la adolescencia. [internet]. 2016, [citado 2019-03-10], Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
7. Gómez D., Gutiérrez M., Londoño S. Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. [internet]. 2013, [citado 2019-03-10], Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/2972/297226904003/>
8. The American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Quinta ed.; 2013.



9. Sánchez S., Juárez T., Gallegos K., Gallo J., Wagner F., García C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2019 Mar 15] ; 35(1): 71-77. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011&lng=es
10. Torres G. Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming, Arequipa 2015. [internet]. 2015, [citado 2019-03-10], Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/311>
11. Astudillo M., Morocho M. Frecuencia de ansiedad y depresión en niñas y adolescentes de la casa de acogida "Miguel León" del Cantón Cuenca-Ecuador, 2016. [internet]. 2016, [citado 2019-03-10], Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25503>
12. Jadán C. Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja. [internet]. 2017, [citado 2019-03-10], Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yasmin%20Jad%C3%A1n%20L%C3%B3pez.pdf>
13. Martínez N. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *An. Pediatr. Contin.* 2014; 12(6): p. 295.
14. Cabrera V., et al. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Ter Psicol* vol.33, n.3 [online]. 2015, [citado 2019-03-18], pp.181-193. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000300003&lng=es&nrm=iso
15. Alzuri M., Hernández N., Calzada Y. Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Rev. Finlay* [Internet]. 2017 Sep [citado 2019 Mar 18] ; 7(3): 152-154. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000300001&lng=es.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS): CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Decima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1992
17. Ministerio de Salud Pública (MSP). Caja de herramientas. Documentos de apoyo técnico. [internet]. 2009, [citado 2019-03-10], Disponible en: <http://www.hgp.gob.ec/index.html/images/documentos/normas/1%20CAJA%20DE%20HERRAMIENTAS%20ADOLESCENCIA.pdf>
18. Quezada T. Comparación entre el test de Hamilton y Beck para determinar mayor eficacia diagnóstica de depresión, aplicado a estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Loja módulo 10 en el período febrero – julio del 2014. [Internet]. 2015, [citado 05 abril 2019], Disponible en:



<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13187/1/TESIS%20BIBLIOTECA.pdf>

19. Pacheco P., Chaskel R. Depresión en niños y adolescentes. CCAP Volumen 15 Número 1. [internet]. 2016, [citado 2019-03-14], Disponible en: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresi%C3%B3n.pdf>
20. Royo J., Fernández N. Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral* 2017; XXI (2). [internet]. 2017, [citado 2019-03-10], Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-03/depresion-y-suicidio-en-la-infancia-y-adolescencia-2/>
21. Jiménez M., Gallardo G., Villaseñor T., González A. La distimia en el contexto clínico. *Rev Col de Psiquiatría*. Vol. 42. Núm. 2. Junio 2013 pág. 161-236. [Internet]. 2013, [citado 05 abril 2019], Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-la-distimia-el-contexto-clinico-S0034745013700088>
22. Sáez E., Torres J. Viabilidad de un programa de prevención de la depresión facilitada por maestras en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 2016; 27(2): p. 368-380.
23. Morocho A. Depresión y su relación con riesgo de suicidio en los adolescentes de la Unidad Educativa José Antonio Eguiguren “La Salle” y el Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de la ciudad de Loja. [Internet]. 2014, [citado 05 agosto 2019], Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12321/1/DEPRESI%C3%93N%20Y%20SU%20RELACI%C3%93N%20CON%20RIESGO%20DE%20SUICIDIO%20EN%20LOS%20ADOLESCENTES%20DE%20LA%20UNIDAD%20EDUCATIVA%20JOS%C3%89%20ANTONIO%20EGUIGUREN%20LA%20SALLE%20Y%20EL%20INSTITUTO%20SUPERIOR%20TECNOL%C3%93GICO%20DANIEL%20%C3%81LVAREZ%20BURNEO%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20LOJA.pdf>
24. Rivera L, Rivera P, Berenice A, Leyva A, De Castro F. Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud pública de México* / vol. 57, no. 3, mayo-junio de 2015. [Internet]. 2015, [citado 05 agosto 2019], Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2015.v57n3/219-226/es>
25. Vázquez A. Depresión. Diferencias de género. [Internet]. 2013, [citado 05 agosto 2019], Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319>
26. Jauregizar J, Soroa M, Bernarñas E, Garaigordobil M. Depressive symptomatology in adolescents and variables associated with the school and clinical environments. [Internet]. 2015, [citado 05 agosto 2019], Disponible en: [pág. 48](#)



en:

https://www.researchgate.net/profile/Maite_Garaigordobil/publication/286653404_Depressive_symptomatology_in_adolescents_and_variables_associated_with_the_school_and_clinical_environments/links/56d0852808ae059e375d45d0/Depressive-symptomatology-in-adolescents-and-variables-associated-with-the-school-and-clinical-environments.pdf

27. Vélez G, Jadan C. Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de Febrero cd la ciudad de Loja. [Internet]. 2017, [citado 05 agosto 2019], Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/19702>
28. Provensal M. Título: Depresión en la vida urbana y en la vida rural. [Internet]. 2013, [citado 10 septiembre 2019], Disponible en: <http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/104/depresi%C3%B3n%20en%20la%20vida%20urbana%20y%20en%20la%20vida%20rural.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Ministerio de Salud de Colombia (MINSALUD). Boletín de salud mental. Depresión. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. [Internet]. 2017, [citado 10 septiembre 2019], Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
30. Suárez M, Cuenca R, Hurtado D. Incidencia de la emigración familiar en el ámbito escolar y emocional en los niños/as de las provincias de Imbabura y Carchi-Ecuador. [Internet]. 2012, [citado 10 septiembre 2019], Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/551/55124665009.pdf>
31. Lizana R. Problemas Psicológicos en Niños y Niñas Víctimas de la Violencia de Género en la Pareja. [Internet]. 2014, [citado 10 septiembre 2019], Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/285393/rlz1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Serrano C, Rojas A, Ruggero C. Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Revista Intercontinental de



- Psicología y Educación 2013, 15 (1). [Internet]. 2013, [citado 05 agosto 2019], Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697004>
33. Bazán G, Ramirez D, Osorio M, Torres L. Análisis de la relación entre depresión y estilo de vida en adolescentes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 21, (3), 2018. [Internet]. 2018, [citado 05 agosto 2019], Disponible en: <http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol21num3/Vol21No3Art19.pdf>



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

9.1 ANEXO # 1: ASENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 14 A 18 AÑOS EN
LA UNIDAD EDUCATIVA LUIS CORDERO, AZOGUES-2019.”**

ASENTIMIENTO INFORMADO

Hola, nuestros nombres son KARLA VICTORIA MUÑOZ REGALADO y CATHERINE LIZETH AREVALO ALVARADO, somos estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de la depresión en los adolescentes.

Tu participación en el estudio consistirá en contestar una encuesta con preguntas acerca del tema de nuestra investigación.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aún cuando tu papá, mamá u otro representante legal haya dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio.

También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.



Toda la información que nos proporcionen nos ayudará a determinar si existe depresión en los estudiantes de 14 a 18 años de la Unidad Educativa Luis Cordero de la ciudad de Azogues.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pedimos que por favor pongas una (✓) en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre, firma y número de cédula.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre, firma ni número de cédula.

☐ Sí quiero participar

Nombre: _____

Firma

C.I

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Nombre: _____

Firma

C.I



9.2 ANEXO # 2: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 14 A 18 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA LUIS CORDERO, AZOGUES-2019.”**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE 14 A 18 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA LUIS CORDERO AZOGUES-2019.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Catherine Lizeth Arevalo Alvarado	0302709092	Universidad de Cuenca
Investigador Secundario	Karla Victoria Muñoz Regalado	0302399878	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento? (Realice una breve presentación y explique el contenido del consentimiento informado). Se incluye un ejemplo que puede modificar

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la unidad educativa Luis Cordero. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Según la OMS, expresa que la depresión es un trastorno mental muy frecuente, caracterizado por aparición de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Esta patología se ha visto aumentar de frecuencia dentro de un grupo vulnerable como lo son los adolescentes y dentro de este contexto también investigaremos factores asociados como migración familiar, violencia intrafamiliar y rendimiento académico. Este estudio nos permitirá contar con estadísticas actuales y reales de depresión dentro de nuestra sociedad.

Objetivo del estudio



El objetivo de nuestro estudio es determinar la prevalencia de depresión y factores asociados como migración familiar, violencia intrafamiliar y rendimiento académico en los adolescentes de 14 a 18 años estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero en la ciudad de Azogues en el año 2019.

Descripción de los procedimientos

El estudio se llevará a cabo mediante la aplicación de una encuesta, los datos serán recolectados en un formulario para su posterior análisis

Riesgos y beneficios

La participación en la presente investigación no implica riesgo alguno y no afectará ningún aspecto de su integridad física y emocional.

Otras opciones si no participa en el estudio

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si el estudiante participa en el estudio, sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a Catherine Lizeth Arevalo Alvarado al teléfono 0987137992 o envíe un correo electrónico a lizzarevalo@hotmail.com

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser*



leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del testigo (si aplica)

Firma del testigo

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec



9.3 ANEXO # 3: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Cronológico	Cédula de identidad	Numérica
Sexo	Comprende las características biológicas y anatómicas de los seres humanos que nos definen.	Características físicas	Cédula de identidad	Femenino Masculino
Residencia	Lugar donde habita actualmente.	Geográfica	Encuesta	Urbana Rural
Depresión	La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Diagnóstica	Escala H.A.D	Si No
Migración familiar	Movimiento de población que consiste en	Familiar migrante	Encuesta	Si



	dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país o región, generalmente por causas económicas o sociales.			No
Violencia intrafamiliar	Se considera a toda acción u omisión que consista en maltrato físico psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.	Episodios de violencia en el hogar	Encuesta	Si No
Rendimiento académico	Capacidad, logro de los objetivos y aprendizajes que posee el alumno.	Evaluación del conocimiento o adquirido	Encuesta	Bajo Alto



9.4 ANEXO # 4: FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 14 A 18 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA LUIS CORDERO, AZOGUES-2019.”

FORMULARIO Nº: _____ FECHA: _____

POR FAVOR, PARA CONTESTAR LA SIGUIENTE ENCUESTA MARQUE CON UNA X O LLENE EL ESPACIO EN BLANCO, SEGÚN CORRESPONDA:

1. **Edad:** _____ Años
2. **Sexo:** Masculino () Femenino ()
3. **Residencia:** Urbana () Rural ()
4. **¿Alguno de sus familiares cercanos (padres, hermanos, abuelos, tíos, etc.) ha migrado a otro país?**
Si () No ()
5. **¿Ha experimentado algún tipo de violencia en su hogar?**
Si () No ()
6. **¿Cómo considera que es su rendimiento académico?**
Bajo ()
Alto ()

7. Escala H.A.D.

Instrucciones: Lea cada pregunta y **encierre en un círculo** la respuesta que usted considera que coincida con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense

Me siento tenso/a o nervioso/a: A

Casi todo el día	3
Gran parte del día	2
De vez en cuando	1
Nunca	0

Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre: D

Ciertamente igual que antes	0
No tanto como antes	1
Solamente un poco	2
Ya no disfruto de nada	3

Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: A

Sí y muy intenso	3
Sí, pero no muy intenso	2
Sí, pero no me preocupa	1
No siento nada de eso	0

Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: D

Igual que siempre	0
Actualmente algo menos	1
Actualmente mucho menos	2
Actualmente nunca	3

Tengo la cabeza llena de preocupaciones: A

Casi todo el día	3
Gran parte del día	2
De vez en cuando	1
Nunca	0

Me siento alegre: D

Nunca	3
Muy pocas veces	2
En algunas ocasiones	1
Gran parte del día	0

Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente: A

Siempre	0
A menudo	1
Raras veces	2
Nunca	3



mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

Me siento torpe: D	
Gran parte del día	3
A menudo	2
A veces	1
Nunca	0

Experimento una desagradable sensación de "nervios" y hormigueos en el estómago: A

Nunca	0
Sólo en algunas ocasiones	1
A menudo	2
Muy a menudo	3

He perdido el interés por mi aspecto personal: D

Completamente	3
No me cuido como debería hacerlo	2
Es posible que no me cuide como debiera	1
Me cuido como siempre lo he hecho	0

Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: A

Realmente mucho	3
Bastante	2
No mucho	1
En absoluto	0

Espero las cosas con ilusión: D

Como siempre	0
Algo menos que antes	1
Mucho menos que antes	2
Nunca	3

Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: A

Muy a menudo	3
Con cierta frecuencia	2
Raramente	1
Nunca	0

Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: D

A menudo	0
Algunas veces	1
Pocas veces	2
Casi nunca	3

PUNTAJE:

D: (8- 10).....

A: (8-10).....

DIAGNÓSTICO.....